

Internet e medicalizzazione della vita: quale direzione?

Introduzione

Le società occidentali, in maniera più evidente, risultano essere investite da una crescente medicalizzazione di diversi aspetti della nostra vita quotidiana, con le implicazioni individuali e collettive che tale processo determina.

Il fenomeno in oggetto sollecita, e necessita per un suo adeguato inquadramento, un approccio interdisciplinare, fondato su una solida base teorico-concettuale e metodologicamente aperto ed integrato (Cipolla, 1998).

Il concetto di medicalizzazione, alla stregua di molti altri in uso nelle scienze sociali, non è uni-dimensionale (Ballard & Elston, 2005), ma risulta complesso, ambiguo e con una varietà di applicazioni sia come ambito e sia come finalizzazione. Si tratta di una nozione moderna, collegata alla teoria della modernizzazione, le cui potenzialità euristiche paiono scemare a dispetto dell'attuale complessità sociale e dei fenomeni emergenti postmoderni.

Di certo, negli ultimi anni "la medicalizzazione della società", come recita il titolo del libro di Peter Conrad (2007), è stata al centro di un'ampia discussione pubblica, e l'interesse verso questo tema, non più rinchiuso nel recinto accademico, è cresciuto fra tutti gli *stakeholder*, coinvolgendo dagli operatori sanitari fino ai cittadini-pazienti. Come ci racconta Conrad, uno dei pionieri in questo filone di studi, adesso la

maggior parte delle persone sa cosa significhi il termine medicalizzazione (Conrad, 2005).

In Italia, più tardi rispetto ad altri paesi, c'è un certo fermento, come prova la crescita di studi e pubblicazioni in questo campo; cito a titolo esemplificativo, l'uscita, rispettivamente nel 2008 e 2009, di due numeri monografici dedicati alla medicalizzazione della vita: il primo per la rivista scientifica "aut aut", l'altro, da parte della rivista "Salute e Società", ha come curatori Antonio Maturò e Peter Conrad.

Per quel che riguarda le origini del concetto, introdotto negli anni Settanta nell'ambito della sociologia medica, con medicalizzazione si identifica quel particolare processo di espansione della medicina moderna che pone sotto il suo sguardo e attenzione un numero via via maggiore di comportamenti e di condizioni umane. Favorita dal trionfo della razionalità e dalla fiducia nella scienza e nel progresso umano, l'ascesa della medicina occidentale che estende sempre più il suo raggio d'azione corrisponde a una nuova forma di bio-potere, nell'accezione foucaultiana, che segna quella fase di imperialismo medico con l'ambizione di egemonia e di controllo sociale da parte della classe medica. In poche parole, per gli studiosi di quel periodo, fra cui E. Freidson (1970), I. Zola (1972), I. Illich (1975), il termine medicalizzazione assume perlopiù una connotazione negativa in quanto descrive l'operazione da parte della professione medica di assoggettare alla propria conoscenza e alle proprie pratiche nuovi ambiti di vita. Ivan Illich, filosofo poco ortodosso, vede nella medicina moderna, con tutto il suo apparato, una seria minaccia per la salute e per la società intera, che produce effetti dannosi come risultato di un'azione iatrogena nelle tre forme clinica, sociale e culturale, per cui si deve opporre resistenza in nome di una sorta di liberazione dall'oppressione (Illich, 1975).

Rispetto al momento della sua genesi, realizzatasi in epoca moderna nel tentativo di delineare la tendenza espansionistica della medicina come istituzione in concomitanza con il consolidamento dello stato moderno, si ha un'evoluzione del concetto che riflette i cambiamenti strutturali e culturali, assumendo una valenza più neutra senza enfasi sul ruolo dominante della professione medica. In tal senso, medicalizzazione va intesa come un processo per cui numerosi problemi della vita vengono affrontati, o meglio trattati, da un punto di vista medico, ma non necessariamente nella direzione *top-down*, ovvero imposto dagli esperti alla massa passiva di popolazione laica. Fra le numerose definizioni di medicalizza-

zione presenti nella letteratura, con variabilità di significati, quella del sociologo statunitense Peter Conrad ha una notevole influenza e consiste nel «definire un problema in termini medici, di solito come una malattia o un disturbo, o utilizzare un intervento medico per trattarlo» (Conrad, 2005). In tale definizione si possono facilmente distinguere due dimensioni, che vedremo meglio nel paragrafo successivo, una concettuale e l'altra di pratica medica, da cui ne consegue che la medicalizzazione si può verificare con o senza l'uso di dispositivi medici.

Nella lunga storia del concetto di medicalizzazione, come evidenziato da Robert Nye «ci sono definizioni “*soft*” e “*hard*”, dalla definizione di Paul Weindling come l'estensione dei valori razionali, scientifici in medicina a un'ampia gamma di attività sociali, al concetto restrittivo di medicalizzazione di Thomas Szasz come una conversione lineare di un problema sociale e morale in una malattia» (Nye, 2003).

In breve, possiamo affermare che dalla sua comparsa fino ad oggi, il concetto di medicalizzazione – considerato fra quelli chiave nell'ambito della sociologia medica – non solo appare polimorfo e ambiguo, quanto, secondo alcuni, risulta euristicamente indebolito e con scarsa appropriatezza in relazione alla complessità della società postmoderna.

In questa direzione, c'è chi sostiene che il termine medicalizzazione, coniato in era moderna, ci spiega “molto poco, quasi nulla” oggi, per usare le parole di Nikolas Rose (2007), così come l'antropologo medico Arthur Kleinman che ne fa volentieri a meno restituendolo alla sociologia; ci sono poi studiosi che propongono di andare oltre la medicalizzazione, con la formulazione e adozione di nuovi concetti quali biomedicalizzazione (vedi ad es. Clarke et al, 2003) e farmacologizzazione (cfr. Abraham, 2010; Williams et al, 2008).

In questa sede, cercherò di analizzare, senza alcuna pretesa di completezza, alcune questioni riguardanti sostanzialmente: 1) i “motori” che spingono, alimentano il processo di medicalizzazione; 2) salute e tendenze medicalizzanti nella c.d. *web society* (Cipolla, 2013).

Nel tentativo di cogliere questi e ulteriori aspetti del fenomeno, si privilegia una prospettiva che considera il termine medicalizzazione neutro, il fatto che accanto ai casi di medicalizzazione (in prevalenza) esistono casi di demedicalizzazione, e che medicalizzazione è un processo non binario, sì o no, ma può avvenire lungo una scala di grado e intensità mutevole, e mai irreversibile.

1. Livelli multipli di medicalizzazione: macro, meso, micro

Viviamo, come affermato sopra, in un mondo sempre più globalizzato e medicalizzato. Medicalizzazione significa che un numero alto di condizioni, comportamenti ed eventi di vita diventano ora casi medici da risolvere con un intervento medico/farmacologico. In questo senso abbiamo tanti esempi come sessualità, calvizie, timidezza, stati emotivi, parto, menopausa, bambini troppo vivaci. Occorre subito precisare che il fatto di essere visti come problema medico, di conseguenza personale e non collettivo, non implica che vi sia sempre il tentativo di dominio da parte della classe medica e del suo sapere. In taluni casi si può realizzare una sorta di medicalizzazione dal basso, ovvero pazienti/consumatori che da soli diagnosticano un disturbo con conseguente automedicalizzazione oppure chiedono il riconoscimento dello status medico alla loro condizione e sofferenza. Si pensi alle madri di bambini irrequieti, il cui comportamento visto come patologico, in questo caso la diagnosi ADHD, necessita di essere “normalizzato” e controllato, per cui si rivolgono al medico e sollecitano un rimedio chimico, in questo caso la prescrizione di psicofarmaci.

Al fine di identificare e distinguere i tanti ambiti oggetto di medicalizzazione, la tipologia proposta da Marcel Verweij ha una certa utilità; essa delinea tre principali aree di medicalizzazione: devianza sociale, normali esperienze di vita, scelte di stile di vita. Alla prima appartengono attività e comportamenti, considerati socialmente devianti e per questo stigmatizzati, che vengono ridefiniti come malattia o disturbo come ad esempio abuso di alcol, gioco compulsivo, ADHD.

Sono numerosi gli esempi di comuni e naturali esperienze della vita che diventano oggetto di intervento e controllo medico, quali parto, menopausa, sessualità, invecchiamento.

In ultimo, la diffusione della medicina preventiva che si basa sui fattori di rischio delle malattie, ha esteso l'azione medica sulle scelte comportamentali e di stile di vita di un individuo (Verweij, 1999).

Di fronte alla tendenza di aumento della medicalizzazione, è utile analizzare: a) i modi in cui questo avviene; b) le forze che influenzano tale processo, seguendo uno schema articolato in 3 livelli, cioè macro, meso, micro.

In primo luogo, ci si sofferma su come la medicalizzazione opera

in corrispondenza di ambiti/livelli diversi. A questo scopo, utilizzo il modello elaborato da Conrad e Schneider (1980), che identifica tre forme di medicalizzazione, vale a dire concettuale, istituzionale, interazionale. La medicalizzazione concettuale si realizza nella misura in cui un problema viene descritto e definito come medico, facendo ricorso propriamente a “*medical vocabulary*” e categorie mediche. Esito è la costruzione sociale di una malattia che, da una prospettiva macro, vede la prevalenza di un approccio medico al problema e la sua conoscenza e diffusione, non solo tra gli addetti ai lavori, mediante narrazioni pubbliche e anche discorsi privati. Al riguardo, è interessante riflettere su internet come canale di diffusione e di migrazione, oltre i confini del mondo occidentale, di categorie medicalizzate e di nuovi trattamenti medici/farmacologici.

Medicalizzazione istituzionale si ha quando la competenza e le spiegazioni mediche si impongono all’interno di un determinato gruppo e/o organizzazione.

Parlando di medicalizzazione interazionale, spostiamo lo sguardo a livello micro sul rapporto medico-paziente in cui l’esperto, attingendo al proprio sapere, fa la diagnosi e la prescrizione in relazione al problema del paziente, che le accetta passivamente senza tener conto di specifiche cause di contesto.

Indagando il fenomeno medicalizzazione, particolare attenzione deve essere data a quelli che sono i fattori in gioco, i “*driver*” che guidano il processo, o i mutevoli motori di medicalizzazione, come li chiama Conrad.

È evidente che siamo in presenza di una molteplicità di forze sociali che convergono nel sostenere il meccanismo di medicalizzazione che, per alcuni studiosi, non ha più come elemento trainante la professione medica. In quest’ottica, superata la fase di imperialismo medico, hanno un ruolo di primo piano gli interessi economici della grande industria farmaceutica, i fenomeni culturali che inducono un orientamento consumistico verso la sanità e modellano la visione prevalente di salute e benessere, e i *mass media*, sia tradizionali che nuovi.

Si tratta di una pluralità di agenti sociali, individuali e collettivi che, pur avendo motivazioni e obiettivi diversi, tutti insieme concorrono a promuovere la medicalizzazione quale, appunto, processo sociale complesso. Anche in questo caso, i fattori propulsivi vengono individuati e distribuiti secondo i 3 livelli macro, meso e micro.

A livello macro, politiche governative, tendenze culturali, capitalismo economico, *mass media* e pubblicità, innovazione tecnologica

influenzano il fenomeno di medicalizzazione e la sua espansione o limitazione.

I governi nazionali possono varare delle politiche che, direttamente o indirettamente, favoriscono il ricorso al trattamento medico/farmacologico rispetto a problemi personali o sociali. Si pensi ai programmi di *screening* di massa rivolti ai bambini i cui comportamenti e sintomi vengono associati a ADHD, che le autorità sanitarie di paesi come l'Australia integrano nell'ambito dell'implementazione di politiche *health promotion*.

Nel largo spettro di variabili collegate alla medicalizzazione della vita, la cultura del narcisismo, per parafrasare Christopher Lasch (1979), che permea le società occidentali contemporanee, unita ai principi di efficienza e *performance* che trasversalmente informano scelte e azioni in ogni sfera della nostra vita, ci aiuta a capire perché sempre più individui ricorrono alla cosiddetta medicina migliorativa, che ha come finalità non quella di guarire da una malattia, ma di migliorare le proprie prestazioni estetiche, cognitive, emotive e sessuali. D'altro canto, come opportunamente rileva Zygmunt Bauman, nel mondo liquido le persone più che tenere alla propria salute psico-fisica perseguono uno strano ed inafferrabile ideale di *fitness* (2002, 2012).

Un'ulteriore interpretazione del fenomeno in questione, che affonda le sue radici in quel processo di disincantamento che accompagna il dispiegarsi della vita moderna, si fonda sul fatto che vivere in una società secolarizzata aumenterebbe negli individui la fede nella scienza e nella medicina in particolare, per spiegare e controllare fenomeni la cui natura non è più vista come sacra e magica.

Il sistema capitalistico, intrinseco al mondo occidentale, oltre a plasmare, in senso materialista, mentalità ed abitudini dei cittadini, tende a mercificare qualsiasi cosa, inclusa la salute, in modo da ricavare profitti sempre più alti al caro prezzo di cannibalizzare i bisogni umani e le aspettative di una vita migliore.

Sulla base del presupposto che salute e malattia sono categorie incerte e culturalmente definite (Lupton, 2003), correlate a uno specifico contesto, la rappresentazione sociale di ciò che può essere considerato normale/in salute o come malattia svolge una funzione importante nell'alimentare atteggiamenti di salutismo e/o eccessiva medicalizzazione. A questo proposito, i mezzi di comunicazione di massa, a cominciare dalla televisione, con le loro narrazioni e i relativi contenuti contribuiscono

a costruire socialmente una determinata malattia, di cui ognuno di noi potenzialmente potrebbe soffrirne¹.

Accanto a rubriche, programmi che trattano della salute, c'è poi la pubblicità che abilmente, come la letteratura conferma, riesce ad accrescere la domanda dei pazienti rispetto a dei reali o presunti bisogni di salute e di cura. Vale la pena di ricordare che in USA e Nuova Zelanda è permessa la pubblicità dei farmaci da prescrizione direttamente ai consumatori, con implicazioni positive dal lato dei produttori di farmaci (più volume di affari), e negative o quantomeno di rischio per la salute dal lato dei cittadini/consumatori/pazienti. In Europa, fino a oggi, essa è legalmente vietata, anche se con la diffusione di internet come canale commerciale e di marketing vincoli e barriere in tal senso diventano più allentati e problematici.

Infine, la nuova tecnologia applicata al campo della diagnostica e della cura, che permette di effettuare diagnosi e nuove terapie, determina l'effetto (indesiderato ?) di incrementare il numero dei malati e dei "proto-malati", come li definisce il sociologo A. Maturò (2012; 2007). Si pensi a tutta la diagnostica strumentale e soprattutto alla nuova frontiera dei test genetici che consentono l'individuazione di una mutazione genetica come causa di una possibile futura patologia.

A livello meso, organizzazioni sanitarie quali ospedali e cliniche, specializzazioni mediche, industria farmaceutica, gruppi di *advocacy* e associazioni dei pazienti possono costituire delle forti spinte convergenti verso la medicalizzazione della vita quotidiana.

La categoria dei medici, nelle sue varie articolazioni, può sostenere e legittimare, con chiaro spirito corporativo, la natura bio-organica di un problema che acquisisce così lo status medico.

Chi redige il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (meglio noto come DSM) ad esempio? Come mai c'è stato un aumento consistente dei disturbi mentali riconosciuti e classificati, che sono passati da 100 circa nel DSM-1 (1952) a più di 300 nell'ultima edizione pubblicata nel 2013?

¹Mentre si sta scrivendo il presente saggio, in televisione viene trasmessa la campagna sull'eiaculazione precoce, chiamata Benesserecoppia.it e sostenuta da alcune associazioni mediche oltre che da Menarini. Il messaggio, semplice ma efficace, è il seguente: "l'eiaculazione precoce è una condizione medica, ne soffre 1 uomo su 5, le soluzioni esistono"; si conclude con l'invito a rivolgersi a un medico. Si tratta di un buon esempio di *disease awareness* in cui la finalità dello spot è quella di sensibilizzare il pubblico nei confronti di un certo disturbo, ma non "esplicitamente" pubblicizzare/offrire un determinato prodotto come suo rimedio.

In accordo con P. Conrad, il quale sottolinea il ruolo centrale assunto da *Big Pharma* rispetto al processo di medicalizzazione, è evidente che l'industria farmaceutica, che lavora non solo "per la nostra salute" ma anche e soprattutto per massimizzare i propri profitti, attraverso strategie di *disease mongering*, vale a dire mercificazione della malattia, induce potenziali pazienti a ricorrere ad indagini diagnostiche e trattamenti di cura non sempre necessari (Blech, 2006; Moynihan et al, 2002). In tale ottica, al fine di incrementare il mercato globale e il giro di affari, le case farmaceutiche, utilizzando sofisticate tecniche di *marketing* e discorsi ben costruiti, "informano" i pazienti/consumatori circa la prevalenza e i rischi di un dato disturbo e il trattamento farmacologico per superarlo. Nel caso dei cosiddetti farmaci "*lifestyle*" quali il Viagra – si tratta, secondo la definizione di Gilbert e altri, di quelli rivolti ad una condizione al confine tra bisogno di salute e desiderio umano (2000) – il meccanismo messo in moto dalla grande industria farmaceutica, che vede la complice partecipazione degli altri attori coinvolti, è meglio visibile e con risultati potenzialmente illimitati.

Di interesse sono anche le organizzazioni dei pazienti e i gruppi di auto-aiuto, sia tradizionali che *online*, in alcuni casi sostenuti dalle case farmaceutiche, che mirano a sensibilizzare, facendo pressione, l'opinione pubblica e gli esperti attorno a una specifica malattia. Emblematico è il caso delle malattie controverse, per cui la conoscenza esperienziale "contesta" il sapere medico circa il riconoscimento della natura medica alla propria sofferenza e al disagio.

Scendendo ad un livello micro, i medici e gli operatori sanitari da un lato, nel ruolo di *gatekeeper*, e i pazienti/consumatori dall'altro, le cui aspettative di benessere e qualità della vita si rivolgono sempre più

Tabella 1 - Livelli di medicalizzazione

	Macro	Meso	Micro
Forme/tipi medicalizzazione	concettuale	istituzionale	interazionale
Driver di medicalizzazione	politiche gov fenomeni culturali capitalismo mass media innov tecno	strutture sanitarie classe medica industria farma ass dei pazienti	medici pazienti

verso una *wish-fulfilling medicine* (Blasco-Fontecilla, 2014), promuovono e favoriscono la medicalizzazione del vivere.

Per riepilogare, e a scopo illustrativo, la **tabella 1** mostra i meccanismi e le forze sottesi al processo di medicalizzazione in base al triplice livello considerato.

2. Salute, medicina, medicalizzazione nell'era di Internet

L'avvento del *web 2.0* ha avuto, ed è sotto gli occhi di tutti, un impatto dirompente sulla vita organizzata e dei singoli individui. Le nostre città diventano "intelligenti", si moltiplicano le opportunità per comunicare e scambiarsi informazioni, cambiano i modi di partecipare alla vita politica, e anche le relazioni ed interazioni con i propri vicini di casa si possono intensificare grazie all'ausilio di piattaforme di *social networking* come Facebook².

Con la comparsa dell'*homo interneticus*, parafrasando Lee Siegel (2011), il nostro modo di rapportarci alla realtà e agli altri, le nostre abitudini e pratiche quotidiane sembrano modificarsi ineluttabilmente, aprendo una ricca e frastagliata discussione sul valore e sulla direzione del cambiamento in atto.

Entrate ormai nell'uso comune attività come leggere un quotidiano *online*, acquistare su *internet* il biglietto dell'aereo, scaricare un film, e con maggiore frequenza, soprattutto fra gli adolescenti, trasferire pulsioni e desideri sessuali nel mondo virtuale, ma con sensazioni e conseguenze, a volte negative, reali³.

E da tale rivoluzione digitale la sfera della salute e della cura poteva restarne fuori? La risposta è ovviamente no.

Espressioni divenute assai familiari quali *e-health*, *e-care*,

² Il 4 febbraio 2014 Facebook ha raggiunto alla grande i suoi primi 10 anni di vita, creando una rete di interconnessioni composta da oltre un miliardo di persone. In Italia, nel 2013, Facebook aveva più di 25 milioni di utenti. Si tratta del fenomeno della "social street" nata su Facebook, che dopo la prima esperienza bolognese di via Fondazza, si sono diffuse un po' ovunque, sia a Nord che a Sud, e oggi se ne contano quasi 70.

³ A proposito di *cybersex*, cresce la pratica del *sexting* tra i più giovani in particolare, che consiste nell'invviare/ricevere, tramite MMS, Whatsapp, Facebook, immagini/video a contenuto sessuale.

e-pharmacy, e-clinic e mobile health ci danno l'idea di come la Rete e l'utilizzo di dispositivi mobili hanno influenzato e sfidato il mondo della sanità, i percorsi di accesso e presa in carico dei pazienti, il consumo dei farmaci e la relazione medico-paziente, ma anche la gestione del nostro benessere psichico e fisico⁴.

In accordo con C. Cipolla (2013), la *web society* declinata alla salute comporta delle ricadute positive, in termini di *empowerment* del paziente tra l'altro, ma anche dei risvolti negativi fino al punto estremo della patologia come nel caso di *internet addiction*. Tra questi ultimi, c'è il rischio di *cyberchondria*, ovvero quella condizione in cui gli individui leggono troppe informazioni, trovano delle diagnosi e pensano di soffrire di 6/7 problemi (Gray et al, 2005).

In primo luogo, internet è un mezzo veloce e facile attraverso cui reperire e scambiare informazioni sanitarie; secondo recenti dati, la salute è il secondo *topic* di ricerca online dopo il sesso⁵. In generale, le informazioni che troviamo *online* appartengono a tre grandi categorie: informazioni scientifiche (con riferimento alla fonte), informazioni esperienziali prodotte da altri pazienti, informazioni commerciali. Per una buona navigazione nel mare magnum della Rete, ognuno di noi dovrebbe dotarsi di "*crap detector*", come suggerisce L. Siegel, che gli consente di rilevare informazioni fasulle o quantomeno di bassa qualità e dubbia attendibilità.

Peter Conrad (2010) giustamente fa osservare che il cyberspazio (con *forum, community, chatroom*) ha trasformato la "*illness experience*" divenendo luogo privilegiato dove raccontare sintomi e disagio vissuto, e condividere la propria esperienza di malattia e di cura con altri soggetti che sperimentano la stessa condizione.

L'utilizzo della Rete può rendere più lineare e semplice il percorso di accesso al sistema dei servizi sanitari, si pensi ad esempio al progetto CUPWeb per le prenotazioni di visite specialistiche ed esami, così come la presa in carico del paziente mediante programmi *e-care* che permet-

⁴ Si rimanda, tra gli altri, al volume "Sociologia della salute e web society", a cura di C. Cipolla e A. Maturò, pubblicato nel 2014 da FrancoAngeli.

⁵ L'indagine Censis-Forum per la Ricerca Biomedica, condotta nel 2012, mostra che un terzo dei rispondenti utilizza internet per attività legate alla salute, di cui: 90.4% cerca informazioni su specifiche patologie; 58.6% cerca informazioni su medici, strutture alle quali rivolgersi; 15.4% prenota visite, analisi, ecc; 13.9% frequenta *forum, community*, altre modalità di scambio di informazioni ed esperienze tra pazienti; 2.8% acquista farmaci. Reperibile a: http://www.censis.it/14?shadow_ricerca=117752

tono un'assistenza socio-sanitaria continuativa ed efficace; e poi ci sono le numerose *app* per dispositivi mobili riguardanti la categoria salute e medicina, come quelle utilizzate nella gestione della dieta e di uno stile di vita sano e nel monitoraggio di alcuni valori clinici relativi a una specifica patologia.

Ma qui ci interessa in modo particolare dare alcuni spunti di riflessione circa l'impatto di internet rispetto alla *issue* medicalizzazione, muovendo da due domande principali: internet favorisce, o al contrario contrasta, un'estesa medicalizzazione del corpo e della salute? Se la sostiene, come e con quali mezzi?

Si tratta di un aspetto importante della questione, ancora non adeguatamente esplorato, se si considera il numero di persone che accedono ad internet e l'estensione globale della Rete, poiché se è vero che grazie ad esso si possono scambiare e condividere informazioni e storie personali anche tra due individui che vivono in luoghi molto distanti, è altrettanto vero che se una condizione viene trattata medicalmente con una nuova scoperta, tale pratica dal Paese di origine migra rapidamente verso altre mete.

A scanso di equivoci, intendo inquadrare il rapporto internet-medicalizzazione come discontinuo, bivalente nel senso che, come dimostrano i due esempi sotto riportati, essere su internet in alcuni casi significa utilizzare il linguaggio e i criteri medici dominanti, favorendo così un approccio medicalizzante a un dato problema, mentre in altri induce a rifiutare la definizione medica della propria condizione come disturbo e conseguentemente ad opporsi alla sua medicalizzazione.

Entrambi i casi riguardano la dimensione del corpo e il problema del cibo a essa correlato, anche se la condizione e il peso corporeo sono polarmente opposti, cioè sopra e sotto.

Nel primo, come emerge dallo studio qualitativo condotto da N. Fox e colleghi⁶ (2005), le persone in sovrappeso che interagiscono in un *forum* di discussione *online* dedicato all'uso del farmaco dimagrante Xenical⁷, pur scambiandosi tante informazioni e offrendo supporto reci-

⁶La ricerca "sul campo" di Fox et al. è stata effettuata dentro un forum interattivo (495 utenti), utilizzando un approccio *mixed methods* fatto di osservazione partecipante (*virtual ethnography*) più interviste in profondità online.

⁷Il farmaco Xenical-orlistat (Roche), in Italia acquistabile con prescrizione medica, agisce riducendo l'assorbimento dei grassi ingeriti e, in associazione ad una dieta moderatamente ipocalorica, aiuta a dimagrire.

proco, applicano di fatto il modello bio-medico alla loro condizione di sovrappeso, che viene vista come patologica e causa di problemi e disagio all'interno di un più ampio contesto sociale che possiamo definire "*slim friendly*". Di conseguenza, scambi, interazioni, racconti che si strutturano in questo ambiente risultano essere pro-medicalizzazione nel senso che ne legittimano l'uso del farmaco come rimedio al sovrappeso/obesità.

L'altro caso, evidentemente diverso, riguarda la diffusione di comunità virtuali Pro-Ana⁸, che costituiscono non tanto gruppi di supporto quanto una sorta di movimento sociale *online*, orientate a sostenere una visione altra della condizione di anoressia e bulimia, vissuta come una scelta di stile di vita non perniciosa, piuttosto che essere un disturbo dell'alimentazione o una patologia che ricade sotto il controllo medico ed è oggetto di medicalizzazione (Miah & Rich, 2008).

Come si evince dagli esempi, la partecipazione e le interazioni che avvengono nelle tante comunità che popolano la Rete possono favorire la medicalizzazione di una specifica condizione - è il caso del sovrappeso/obesità - oppure all'opposto spingere verso la demedicalizzazione di un problema - è il caso di anoressia e bulimia.

Dopo aver chiarito che l'accesso al mondo *online* può avere ricadute sull'*offline* in termini di (de)medicalizzazione, mi soffermo, a mò di brevi considerazioni, su alcuni processi e canali che mostrano il ruolo che internet ha, e potrà avere in futuro, rispetto a quel particolare fenomeno di ampliamento del campo medico/farmacologico che viene etichettato come medicalizzazione della vita quotidiana.

Attraverso il *web* 2.0 il paziente/utente non solo diventa "*prosumer*" delle informazioni di salute che viaggiano a gran velocità sulla Rete, ma partecipa anche a una serie di attività di scambio, condivisione di esperienze e storie personali con altri soggetti, dando vita a delle comunità

⁸ Il fenomeno Pro Ana (o Pro Anorexia), nato prima negli USA e diffusosi in Europa in un secondo momento, si è sviluppato sulla Rete attraverso vari siti (*blog, forum*) a favore dell'anoressia come filosofia di vita alternativa che implica un particolare rapporto con il corpo e il cibo.

Da alcuni studi svolti circa l'impatto dei siti web Pro Ana sui disturbi del comportamento alimentare, è emerso che l'aver frequentato tali siti, soprattutto da parte di ragazze adolescenti, influenza negativamente il livello di autostima, la percezione e la soddisfazione per il proprio corpo e l'eccessiva attenzione per esercizio fisico e perdita di peso. Questo dato però non chiarisce il rapporto di causalità tra siti Pro Ana e anoressia. Si veda ad esempio: Thompson K., Harper K., Sperry S., *Viewership of pro-eating disorder websites: Association with body image and eating disturbances*, 2008; Bardone-Cone A.M., Cass K.M., *What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects*, 2007.

e delle specifiche subculture di malattia, come giustamente fa notare il sociologo Peter Conrad. Alcuni importanti studi (Fox et al, 2005; Barker, 2008) basati sull'osservazione delle attività e delle dinamiche che si realizzano in una determinata comunità virtuale, sia essa un forum di discussione (per persone in sovrappeso/obese) o un gruppo di supporto telematico per chi vive la stessa esperienza di sofferenza (fibromialgia⁹), hanno rivelato come i pazienti/consumatori giochino un ruolo centrale nel legittimare/promuovere istanze di medicalizzazione mediante l'adozione del modello medico dominante o la reificazione della malattia.

Un altro fenomeno interessante, di recente analizzato anche da Nick Fox e colleghi (2005a, 2008), associato al consumo domestico dei farmaci, ovvero alla farmacologizzazione di normali attività (sexo, mangiare, dormire) della nostra vita quotidiana, è la crescente diffusione della *e-clinic* e soprattutto della *e-pharmacy*. Su internet è possibile, oltre che trovare informazioni e risposte di tipo sanitario, acquistare (a volte importare da altri Paesi) farmaci con obbligo di prescrizione, senza il bisogno di consulto e ricetta medica. In questa sede, non è possibile discutere dei potenziali rischi connessi all'acquisto *online* di farmaci; di certo non mancano studi e analisi che affrontano la questione.

Non meno importante per le sue ampie implicazioni è l'aspetto relativo all'utilizzo di internet, nello specifico da parte delle case farmaceutiche, come mezzo strategico di *marketing* e vendita di prodotti, attraverso la gestione di siti *web*, il sostegno e il finanziamento a varie attività e il diffuso ricorso ai messaggi pubblicitari. Ad esempio un recentissimo studio di K. Harvey (2013), basato su un'analisi critica del discorso su otto siti *web* dedicati all'informazione e commercializzazione del prodotto farmaceutico Propecia come trattamento della calvizie maschile, mette in evidenza come l'impianto discorsivo abilmente costruito rinforzi l'approccio medico al problema e la sua conseguente medicalizzazione.

⁹La ricerca si è focalizzata su un gruppo di persone tutte sofferenti di fibromialgia, che si annovera tra i casi di malattia contestata. Il *setting* della ricerca è costituito da una bacheca virtuale aperta, gestita da non professionisti, che consente di postare messaggi, scambiarsi informazioni e fornire consigli e sostegno agli altri. Nell'arco di un anno, da febbraio 2004 a febbraio 2005, i 249 partecipanti hanno postato più di mille messaggi. Il metodo scelto per la raccolta delle informazioni è stato quello dell'osservazione non partecipante, di tipo non intrusivo. I principali risultati ottenuti sono: i membri del gruppo *online* contestano il sapere medico; la reputazione di un professionista medico è legata alla sua *compliance* (si parla di *Physician compliance*); passaggio da condivisione di sintomi ed esperienze a *entity disease*. Per ulteriori conoscenze si rimanda a Barker K., *Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and Medicalization: The Case of Contested Illness*, 2008.

In accordo con Mary Ebeling (2011), la quale rivolge l'interesse verso una sociologia della diagnosi, lo stesso strumento di autodiagnosi, che viene fornito ai potenziali pazienti sui siti *web* sotto forma di *symptom checklist*, funziona subdolamente come campagna di *marketing* approntata dall'industria farmaceutica e, sovente, induce all'automedicalizzazione.

Propongo di seguito uno schema in cui si indicano alcune tra le pratiche e i relativi canali *on web* che vanno nella direzione della medicalizzazione (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Web e medicalizzazione

Pratiche	Canali	Effetti
Reificazione malattia	Gruppi di auto-aiuto elettr.	Medicalizzazione
Riproduzione discorso medico	<i>Chat, forum</i> , siti commerciali	Medicalizzazione
Acquisto farmaci	e-farmacie	Consumo domestico
Autodiagnosi	<i>Checklist online</i>	Automedicalizzazione

Bibliografia

- AA.VV. La medicalizzazione della vita. *Aut Aut* 2008; n. 340.
- Abraham J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology* 2010; 44: 603-22.
- Ballard K, Elston MA. Medicalisation: A multi-dimensional concept. *Soc Theory Health* 2005; 3: 228-41.
- Bardone-Cone AM, Cass KM. What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 537-48.
- Barker K. Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and Medicalization: The Case of Contested Illness. *J Health Soc Behav* 2008; 49: 20-36.
- Bauman Z. Modus vivendi. Editori Laterza, Roma-Bari. 2012
- Bauman Z. Modernità liquida. Editori Laterza, Roma-Bari. 2002.
- Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Soc Sci Med* 2012; 75: 775-83.
- Blasco-Fontecilla H. Medicalization, wish-fulfilling medicine, and disease mongering: Toward a brave new world? *Rev Clin Esp* 2014; 214: 104-7.

- Blech J. Gli inventori delle malattie. Lindau Edizioni, Torino. 2006.
- Broom A. Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qual Health Res* 2005; 15: 325-45.
- Cipolla C. Perché non possiamo non essere eclettici. Il sapere sociale nella *web society*. FrancoAngeli, Milano. 2013.
- Cipolla C. (a cura di) Il ciclo metodologico della ricerca sociale. FrancoAngeli, Milano. 1998.
- Clarke AE, et al. Biomedicalization: technoscientific transformation of health, illness and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev* 2003; 68: 161-94.
- Conrad P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. John Hopkins U.P., Baltimore. 2007.
- Conrad P. The Shifting Engines of Medicalization. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 3-14.
- Conrad P, Stults C. The Internet and the Experience of Illness, in Bird C.E. et al. (eds.), *Handbook of medical sociology*, Vanderbilt University Press, Nashville. 2010.
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Mosby, St. Louis. 1980.
- Ebeling M. 'Get with the Program!': Pharmaceutical marketing, symptom checklists and self-diagnosis. *Soc Sci Med* 2011; 73: 825-32.
- Fox NJ, Ward KJ. Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociol Health Illn* 2008; 30: 856-68.
- Fox NJ et al. The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1299-1309.
- Fox NJ et al. The Birth of the E-Clinic. *Soc Sci Med* 2005a; 61: 1454-74.
- Freidson E. Professional dominance. Atherton Press, New York. 1970.
- Gilbert D, et al. Lifestyle medicines. *BMJ* 2000; 321: 1341-4.
- Gray NJ et al. Health-Information Seeking Behavior in Adolescents: the Place of the Internet. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1467-78.
- Harvey K. Medicalisation, pharmaceutical promotion and the Internet: a critical multimodal discourse analysis of hair loss websites. *Social Semiotics* 2013; 23: 691-714.
- Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. Marion Boyers, London 1975. [trad.it. Mondadori, 1977].
- Lasch C. The Culture of Narcissism. Warner Books, New York. 1979 [trad.it. Bompiani, 1999].
- Lupton D. Medicine as culture: illness, disease and the body in Western Societies. Sage, London. 2003.
- Maturo A. La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali? FrancoAngeli, Milano. 2012.

- Maturò A. Sociologia della malattia. Un'introduzione. FrancoAngeli, Milano. 2007.
- Maturò A, Barker K. (a cura di) La medicina delle emozioni e delle cognizioni. *Salute e Società* 2012; a.XI, suppl. 2.
- Maturò A, Conrad P. (a cura di) La medicalizzazione della vita. *Salute e Società* 2009; a.VIII, n. 2.
- Miah A, Rich E. The medicalization of Cyberspace. Routledge, New York. 2008.
- Moynihan R. et al. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 234: 886-90.
- Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci* 2003; 39: 115-29.
- Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369: 700-1.
- Siegel L. Homo interneticus. Piano B Edizioni, Prato. 2011.
- Thompson JK et al. Viewership of pro-eating disorder websites: Association with body image and eating disturbances. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 92-95.
- Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventative medicine. *Bioethics* 1999; 13: 89-113.
- Williams SJ et al. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociol Health Illn* 2008; 30: 813-24.
- Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 1972; 20: 487-504.